Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke
des allgemeinen städtischen Krankenhauses in Nürnberg
(Oberarzt Dr. Neuberger).

1910
JUL 26 911
LIBRARY

Beitrag zur Frage der Malignität der extragenitalen Syphilis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

K. B. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen

vorgelegt von

Otto Blank
aus Unterdeufstetten.

Tag der mündlichen Prüfung: 26. März 1910.

Nürnberg 1910.
Druck von J. L. Stich.

Dekan: Professor Dr. Specht.

Referent: Professor Dr. Jamin.

Meiner teuren Mutter

in

Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154019_0230

Schon seit Beginn der Syphilis-Forschung ist es bekannt, daß man im Verlaufe dieser Krankheit verschiedene Perioden eintreten sieht, die sich in die drei Gruppen der primären, sekundären und tertiären Syphilis gliedern lassen. Die einzelnen Stadien weisen wohl mannigfache Unterschiede auf; so können an Stelle eines Primäraffektes oft zwei oder mehrere zugleich auftreten, so kommen bei der sekundären Syphilis je nach der Ausdehnung auf Haut und Schleimhaut große Variationen vor, und so zeigt ganz besonders das Tertiärstadium die verschiedensten Krankheitsbilder, jenachdem es sich nur um einfache Hautulzerationen oder um syphilitische Erscheinungen der inneren Organe, des Knochen- und Nervensystems, handelt. Trotz der verschiedenen Stadien der Syphilis und der dadurch bedingten Vielgestaltigkeit der Krankheitsformen läßt sich, was den Verlauf der Syphilis anbetrifft, dennoch eine gewisse Einheitlichkeit insofern konstruieren, als bei einer spezifischen, antiluetischen Behandlung die einzelnen Prozesse in der Regel einen Rückgang erleiden und zur Heilung gebracht werden können. Nur eine Gruppe der Syphilis nimmt hier eine gesonderte Stellung ein, die Syphilis maligna, die sich dadurch charakterisiert, daß der Verlauf der Syphilis ein an Qualität oder Quantität der Erscheinungen besonders schwerer ist, oder daß oft die Behandlung allen gewöhnlich zum Ziele führenden Heilmethoden trotzt. Daß eine jede Stelle des menschlichen Körpers, die der schützenden Epitheldecke beraubt ist, Sitz einer Syphilisinfektion werden, und daß eine Übertragung der Syphilis auch auf extragenitalem

Wege und zwar auf mannigfaltigste Weise zustande kommen kann, ist längst bekannt. Die Lehre von der Syphilis insontium, der auf unschuldige Weise erworbenen Syphilis, ist auf Grund ungemein zahlreicher Beobachtungen immer mehr ausgebaut worden. In seinem 1894 erschienenen Buche „Syphilis in the Innocent" konnte Duncan Bulkley nicht weniger als 12000 Fälle von extragenitalen Sklerosen verwerten, und in seiner erst kürzlich erschienenen Monographie: „Die Syphilis der Unschuldigen" (Syphilis insontium) konnte Dr. Oskar Scheuer-Wien aus den Jahren 1896—1909 weitere 5679 Fälle extragenitaler Schanker zur Statistik heranziehen, wobei er die von Fournier (Les chancres extragénitaux, Paris 1897) bereits früher publizierten 1124 Beobachtungen ganz unberücksichtigt ließ. Aus dieser Anzahl von Einzelbeobachtungen geht klar hervor, daß die „Syphilis insontium" durchaus keine seltene Erscheinung darstellt und daß in Folge dessen auch, wie die Darstellungen in den eben erwähnten Monographien zur Genüge beweisen, über das Krankheitsbild der extragenitalen Syphilis völlige Klarheit herrscht. Nur nach einer Richtung ist die Auffassung noch keine einheitliche, nämlich hinsichtlich des Verlaufes der „Syphilis insontium". Die Tatsache, daß Fälle von Syphilis insontium einen schweren malignen Verlauf genommen haben, führte verschiedene Autoren zu der Annahme, daß ein maligner Verlauf der Syphilis insontium ein Charakteristikum für manche Fälle bilde. Ich habe nun vor kurzem auf der Hautabteilung des städtischen Krankenhauses Nürnberg (Oberarzt Dr. Neuberger) Gelegenheit gehabt, einen Fall von Syphilis zu beobachten, der einen tödlichen Ausgang nahm, und der kurze Zeit vor dem Tode ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Da es sich in diesem Falle um einen Fall von „Syphilis insontium" handelte, der zugleich seinem Ausgange nach der Gruppe der Syphilis maligna einzureihen war, dürfte es wohl

angebracht erscheinen, den Fall publizistisch zu verwerten und die Frage des malignen Verlaufes der extragenitalen Syphilis an der Hand dieses Falles einer Erörterung zu unterziehen. Der Fall ist folgender:

Am 4. Januar 1910 wurde eine verheiratete Hebamme im Krankenhause aufgenommen, die außerordentlich schwere syphilitische Zerstörungen aufwies. Die Nase war vollkommen verlustig gegangen, sodaß man einen vollständigen Einblick in das Innere der Nasenhöhle hatte. Auf der rechten Seite des Kopfes zeigte sich nach Entfernung des Verbandmaterials eine etwa handtellergroße, starkeitrig sezernierende, einen geradezu fürchterlich penetranten Geruch verbreitende Wundfläche, die sich sehr weit in die Tiefe erstreckte. Die Schädelknochen waren zum größten Teil usuriert, sodaß die Pulsation des Gehirns schon bei oberflächlicher Besichtigung zutage trat. Die Kranke hatte keinerlei Fieber, war nicht benommen; genauere Angaben waren freilich nur schwer von der Patientin zu erhalten, da die Sprache rein nasal klang und schwer verständlich war, das Sprechen auch der Patientin große Anstrengung verursachte. Eine genauere Untersuchung der übrigen Organe wurde bei dem schweren Zustande unterlassen. Es war von vornherein klar, daß das schwere und traurige Bild, das die Kranke darbot, und die enormen Knochenzerstörungen einer Heilung nicht mehr zugänglich waren, und man vor allem für Linderung der vorhandenen überaus starken Beschwerden und Schmerzen Sorge tragen müsse. Patientin bekam morgens und abends (da der Puls noch verhältnismäßig gut war) eine Spritze Morphium, und da die Nahrungsaufnahme sehr erschwert und Brechreiz jedesmal nach derselben auftrat, wurde nur Milch und Wein in kleinen Mengen häufig gereicht. Die Wundflächen des Kopfes wurden mit warmen Sublimatkompressen bedeckt und Jodkali per anum injiziert. Die Dosis des letzteren

war trotz starker Konzentration und häufiger täglicher Wiederholung nur gering, da der Mastdarm nur kleine Mengen der Flüssigkeit halten konnte. Am 9. Januar 1910, dem sechsten Tage ihres Krankenhaus-Aufenthaltes, erfolgte der Exitus. Nach den übereinstimmenden Angaben der Angehörigen der Kranken und nach den Darlegungen von Herrn Hofrat Dr. Höfler in Tölz und Herrn Dr. P. in N., die jahrelang die Patientin in Behandlung hatten, war dieselbe bis vor neun Jahren eine außerordentlich geachtete und vielbeschäftigte Hebamme gewesen, die sich völliger Gesundheit erfreut hatte. Nach Angabe von Herrn Dr. P. in N., der die Hebamme zuerst in Behandlung nahm, hat sich dieselbe in ihrem Berufe infiziert. Herr Dr. P. wurde nämlich im Dezember 1900 zu ihr gerufen, da sie seit zirka 14 Tagen an der Streckseite des rechten Daumens eine kleine Wunde habe, welche durchaus nicht heilen wolle. Obengenannter konnte, wie er mir in seinem Berichte über den Fall freundlichst mitteilte, eine fast lineare Wunde mit blaßroten Rändern an dem dorsalen Metacarpo-phalangeal-Gelenk des rechten Daumens feststellen, die sich leicht hart anfühlte. Die Kranke habe ihm damals erzählt, daß sie sich nicht entsinnen könne, irgendwie sich verletzt zu haben; sie habe auch schon verschiedene Medikamente, wie Borsalbe, Borwasser, angewendet, auch Verbände darüber gemacht, aber die Wunde wolle nicht heilen. Das Aussehen der Wunde nun, die fehlende Tendenz zur Heilung, habe sofort bei ihm den Verdacht auf eine extragenital erworbene luetische Infektion erweckt, und er habe davon der Patientin sogleich Mitteilung gemacht. Auf Sublimatverbände sei das Ulcus rasch abgeheilt, und er habe dann der Patientin zwei Einreibungskuren mit Ungt. cin. absolvieren lassen, wonach sich dieselbe wieder vollkommen wohl gefühlt habe. Sie habe sich aber trotzdem im September 1901 nach Tölz zu Herrn Hofrat Dr. Höfler begeben, der von da ab die Frau mehrere Jahre

in Behandlung hatte, und dessen ausführlichen Bericht, den er mir gütigst überlassen hat und für den ich ihm an dieser Stelle verbindlichsten Dank ausspreche, ich im Original hier folgen lassen will.

„Frau Anna S., 47 Jahre, verheiratete Hebamme, deren Vater an Altersschwäche gestorben sein soll, hatte nach Angabe ihres Arztes in N. nach einem Fliegenstiche*) auf dem Rücken der rechten Hand im Berufe sich daselbst infiziert und wurde zu Hause mit Hg. Resorbin behandelt.

Status praesens 2. September 1901.

Allgemeines, spezifisches Exanthem, das sich bis in die Ohrgänge erstreckt, auf dem Rücken der rechten Hand dunkelrotes, fast braunes Hautinfiltrat. Varices cruris utriusque. After Plaques. Fußsohle abschälend und blättrig. Varicen stellenweise verdickt und hart fühlbar. Am linken Unterschenkel eine starke, braune Haut- und Gewebsinfiltration um einen varikösen Strang herum. Mundwinkel-Rhagaden. Nasenscheidewand zeigt eine alte Perforation mit glatter Narbe. Kehlkopf sowie Lungen frei. I. Herzton mit leichtem Geräusch verbunden. Urin normal. Leber und Milz leicht geschwellt, diese sehr gering fühlbar. Schwindelgefühl, Kopfschmerzen.

Therapie: Trink- und Badekur. Seifenfriktionen. 245 g Ungt. cin., starke Joddosen.

Anscheinend völlige Heilung. 70,11 kg Anfangs-, 70,80 kg Schlußgewicht.

Status praesens 14. August 1902.

Bindehautkatarrh mit schrundigen Lidwinkeln. Zahnfleischsaum zurückgezogen. Zähne defekt. Magen ektastisch. Druckgefühl in der Magengegend. Leber etwas geschwollen. Milz geschwollen 10 × 6, spez. Rupia an Unter- und Oberschenkeln. Linke Augenbrauengegend schuppend und

*) In dem mir überlassenen Berichte des Herrn Dr. P. ist hierüber keine Mitteilung gemacht.

infiltriert. Drüsen frei. Kehlkopf frei. Reflexe normal. Urin normal. Knochen frei. Nase frei bis auf die alte Perforationsnarbe. Varicen ohne Infiltrat.

Therapie: II. Trink- und Badekur mit Seifenfriktionen. 205 g Ungt. cin., starke Joddosen.

Heilung der Rupia. Leber- und Milzschwellung geringer.

1903 ohne Kur.

Status praesens 20. Mai 1904.

Acnekeloid auf dem Brustbein, Acne faciei et femoris. Linksseitiges Nasengeschwür an der alten Perforationsstelle, mit fötider, eitriger Sekretion. Nacken- und Leistendrüsen stark fühlbar. Scheidenkatarrh. Opaline Zungenflecken. Coccygodynie. Rechtes Tuber frontale stark vorspringend, schmerzhaft. Taktile Sensibilität im linken Unterschenkel herabgesetzt; große Schlafneigung. Allgemeines Schwächegefühl. Reflexe normal. Urin normal. Leberschwellung nicht mehr nachweisbar. Milz normal.

III. Trink- und Badekur mit Seifenfriktionen. Ungt. cin. 210 g.

Heilung des Nasengeschwürs und der Drüsenschwellungen. 59,14 kg Anfangs-, 63,40 kg Schluß-Körpergewicht.

Status praesens 17. September 1904.

Leberschwellung neuerdings am Rande vor der Gallenblase deutlich knollig. Pseudostuhldrang. Zeitweise Paraesthesien im N. genitocruralis links. Reflexe normal. Allgemeinbefinden zufriedenstellend. Schienbeinexostose geringen Grades. Urin normal.

IV. Trink- und Badekur mit Seifenfriktionen. 150 g Ungt. cin.

61,50 kg Anfangs-, 64,40 kg Schlußgewicht.

Heilung der Exostosen und Paraesthesien. Leberschwellung etwas zurückgegangen.

Status praesens 8. Juni 1905.

Menopause Januar 1905. Lähmung der linken Unterextremität mit fünf Wochen Dauer und Sprechstörung. Parese im linken Arme noch vorhanden. Bewegung des linken Beines wieder normal. Schwäche in beiden Unterextremitäten, unsicherer Gang. Patellarreflexe beiderseits gesteigert. Pupillen normal. Keine Blasenschwäche. Geisteskräfte schwach. Sprache langsam. Kein Kopfschmerz. Gehör und Geruch normal. Herz frei. Urin normal. Blutgefäße normal. Varicen geringer.

V. Trink- und Badekur mit Seifenfriktionen. 100 g Ungt. cin. Hohe Joddosen.

Körpergewicht annähernd gleichgeblieben. Heilung der Unsicherheit des Ganges. Besserung der Parese. Reflexe noch gesteigert.

1906 keine Kur.

Status praesens 21. August 1907.

Starke Kreuzschmerzen in der Höhe des ersten Lendenwirbels. Starke Leberschwellung mit Ascites und Oedema cruris utriusque. Vorderhaupt Caries sicca specifica. Erethismus cordis post usum Jodii. Kieferschmerzen. Temporalgegend links schmerzhaft. (Periostitis.) Spuren von Eiweiß im Urin. Reflexe gesteigert.

VI. Trink- und Badekur mit Seifenfriktionen. 168 g. Ungt. cin. Jod wird nicht vertragen.

Heilung des Ascites und des Oedema pedum. Leberschwellung sehr viel geringer. Kurzeit sehr kurz.

Status praesens 25. Mai 1908.

Die körperlich sehr herabgekommene Frau weist auf der Stirne der linken Seite eine ausgedehnte Knocheneiterung mit unterminierten, verdickten Geschwürsrändern und periostitischen Auftreibungen auf. Leber noch knollig in der Mittellinie. Ascites.

Da der Knochenprozeß voraussichtlich noch um sich greifen wird, wird von einer energischen Quecksilberkur Abstand genommen; dafür starke Joddosen. Empl. mercur. auf das Knochengschwür. Bäder mit Seifenfriktionen.

Status praesens 24. Mai 1909.

Das Knochengeschwür auf der Mitte der Stirne und am linken Stirnbein weist einen fünfmarkstückgroßen, vollständigen Knochendefekt auf, an dessen Stelle die Dura mater mit dem Arterienschlag sichtbar ist. Die Knochencaries nimmt ungefähr die Größe der Hohlhand ein und sondert einen fötiden Knocheneiter ab. Der äußere Nasenscheidewandknorpel ist weggefressen und die äußere Nasenöffnung, namentlich links, von einem spezifischen Geschwürrand umgeben. Die Körperkräfte sind so gering, daß anfangs von einer Trink- und Badekur ganz Abstand genommen werden mußte; später wurden Jodnatrium und Seifenfriktionen, lokal Sublimatgaze fortgesetzt. Genauere Aufzeichnungen über den übrigen Körperbefund 1909 wurden diesmal nicht mehr gemacht, da Patientin nicht mehr gerne zum Sprechzimmer sich begeben konnte."

Soweit der Bericht von Herrn Hofrat Dr. Höfler.

Von nun ab begab sich Patientin auch wieder in Behandlung von Herrn Dr. P. in N., der nun Sajodin gab, weil angeblich Jodkali nicht mehr vertragen wurde. Dadurch soll die starke Sekretion der Wundflächen wesentlich eingeschränkt worden sein. — In den letzten vier Wochen vor dem Tode stellten sich nach Angabe von Herrn Dr. P. ab und zu halluzinierende Delirien ein. Auch einen Selbstmordversuch mit Morphium hatte die Patientin versucht.

Die Sektion ergab folgendes:

Syphilis des Schädeldaches, eitrige Bronchitis mit doppelseitigen Spitzenmarben. Frische Bronchopneumonie links unten. Schlaffes Frauenherz. Syphil. hepar. lobatum. Chronischer, fester Milztumor. Chron. adhaes. Peritonitis.

Der Bericht lautet folgendermaßen:

Es handelte sich um eine weibliche Leiche mit wachsartiger Hautfarbe, geringer Totenstarre. Blasse Totenflecken am Rücken. Ödeme an beiden Beinen. Braune Pigmentierung der Haut der Unterschenkel, namentlich rechts. Kopfverband. Nach Entfernung desselben sieht man auf der Höhe des Schädeldaches, vor allem die rechte Stirnhälfte einnehmend, einen kleinhandtellergroßen, muldenförmig eingesunkenen Defekt, welcher von einzelnen vorspringenden, teils spitzen, teils verdickten Knochenrändern umgeben ist. Dieser Defekt ist bedeckt von der Dura mater. Dieselbe ist stark mazeriert, nußfarbig, bräunlich-schwarz, an den Rändern unterminiert. Nach abwärts zu, namentlich über der rechten Augenbraue an der Nasenwurzel liegt der vollkommen kariös zerstörte Knochen in grünlich-schwarzer Farbe vollkommen frei zutage. Die Nase fehlt. An Stelle derselben finden sich zwei in der Mitte durch eine schmale Hautbrücke getrennte Löcher, von denen das obere markstückgroß, das untere pfennigstückgroß ist. Von dieser Öffnung aus gelangt man nach einwärts zu in eine gleichmäßig stark verjauchte Höhle, welche durch totalen Zerfall des Knorpel- und Knochengerüstes entstanden ist. Der Rand dieser beiden Löcher ist überall mit ziemlich starken Krusten belegt. Infolge Fortfalls der Nase ist die ganze linke Gesichtshälfte tief muldenförmig eingesunken, unterhalb des rechten Auges und über der linken Stirn große, grünliche Fäulnisflecke. Etwas über der Mitte des Brustbeins eine kleine, weißstrahlige Narbe. Beginnender Decubitus über dem Kreuzbein. Fettpolster und Muskulatur stark geschwunden. Leber liegt unter dem Rippenbogen verborgen, Netz in breiter Ausdehnung mit dem Nabel verwachsen. Brusthöhle: Beide Lungen, an der Spitze geringfügig verwachsen, stehen in der Mitte zwei Querfinger auseinander und lassen den Herzbeutel in dieser Ausdehnung zwischen sich

frei. Pleurahöhle leer. Sämtliche Lungenlappen von entsprechender Größe. Linker Oberlappen blaß, trocken, pigmentiert, mit hellen, wässerigen Blutgefäßen. Unterlappen an der Pleura überall auffallend reichliche kleinere und größere Blutungen. Parenchym stark ödematös, von zahllosen bronchopneumonischen Heerden durchsetzt, starke, eitrige Bronchitis. An der Spitze des Oberlappens eine reifenförmige Schwiele unter der Pleura. Ähnliche, aber größere Schwielen mit kreidigem Einschluß an der Spitze des rechten Oberlappens. Sonst auch hier das Gewebe nur trocken, pigmentiert und in den oberen Teilen ödematös. Unterlappen: klein, blutleer, trocken. Linker Unterl. blutreich, ödematös, eiterige Bronchitis. Herz: klein, rudimentär, fettreich. Beide Ventrikel schlaff, grazil, eng, dürftig entwickelt, namentlich links. Beide Ventrikel mit zähen Speckgerinseln gefüllt: blasses, tabakbraunes Myocard. Vollkommen glatte, zarte Aorta.

Kehlkopf, Trachea, Ösophagus o. B.

Bauchhöhle: sämtliche Baucheingeweide hochgradig miteinander verwachsen. Die Leber bietet das typische Bild der hepar. lobatum dar, gleichfalls mit Zwerchfell, Netz und Darm verwachsen. An der Oberfläche tiefe, kraterförmige, eigroße Narben. Gallensteine. Milz aufs Dreifache vergrößert, fest, derb, dunkelrot. Schlaffe, leichtgestaute Nieren.

Darmtraktus o. B.

Untere und obere Extremitäten o. B.

Übrige Organe o. B.

Bronchialdrüsen groß, markig geschwollen, sonstige Drüsen o. B.

Schädelhöhle: Dura leicht zu lösen; das Gehirn sehr anämisch: die weichen Hirnhäute stellenweise, namentlich über dem Kleinhirn, mäßig getrübt. Gefäße und Durchschnitte des Gehirns makroskopisch o. B.

Wir haben uns nun im vorliegenden Falle zunächst die Frage vorzulegen, ob es sich tatsächlich um eine auf extragenitalem Wege erworbene Syphilis handelt. Wenn ich auch nicht selbst den Primäraffekt zu beobachten Gelegenheit hatte, so unterliegt es doch nach den Ausführungen des zuerst behandelnden Arztes keinem Zweifel, daß hier eine extragenitale Ätiologie vorlag, und daß der Fall den vielen analogen Beobachtungen der auf berufliche Weise entstandenen Syphilis von Ärzten und Hebammen anzureihen ist. In den vielen Publikationen über „Syphilis insontium" spielt die bei Ausübung des Berufes übertragene Syphilis durchaus keine untergeordnete Rolle. Die Beobachtungen über Primäraffekte an den Händen und Fingern bei Ärzten und Hebammen sind so zahlreich und so allgemein anerkannt, daß es sich erübrigt, irgendwelche literarische Belege hierfür heutzutage noch vorzubringen. Wenn auch die Häufigkeit der Fingersklerosen durchaus nicht an die der Lippen, des Rachens, der Brüste und der Zunge heranreicht, so lassen sich doch auch gelegentlich Häufungen solcher Fälle beobachten. So hat, wenn ich allein auf Nürnberg exemplifizieren darf, Epstein[1])-Nürnberg in $2^1/_2$ Jahren nicht weniger als vier Fälle von Fingersyphilis bei Hebammen zu beobachten Gelegenheit gehabt, und Neuberger[2])-Nürnberg konnte im Ärztlichen Verein in einem Monat über zwei analoge Fälle berichten. Schindler[3]) hat in Breslau sogar drei extragenitale Sklerosen bei Hebammen in einem Monat gesehen.

Die anamnestischen Daten sind in unserem Falle sich widersprechend. Nach der einen Angabe soll ein Fliegenstich vorausgegangen sein, nach der anderen Aussage konnte sich die Patientin auf irgend eine Verletzung nicht besinnen. Ich glaube, daß dieser Widerspruch belanglos ist. Wissen wir doch, daß den zahlreichen Fällen, bei denen die Ansteckungsquelle eruierbar war, viele gegenüberstehen, in denen das

nicht zutraf. Eine beschäftigte Hebamme — und unsere Patientin hatte eine sehr ausgedehnte Berufstätigkeit — läuft gewiß Gefahr, beruflich mit Frauen in Berührung zu kommen, die noch mit infektiöser Syphilis behaftet sind, mögen deren Erscheinungen noch manifest sein oder sich der äußeren Inspektion entziehen. An der Läsion durch einen Fliegenstich dürfte festzuhalten sein, da eine solche Angabe doch wohl kaum grundlos gemacht wurde. Selbstverständlich ist der Fliegenstich nicht selbst die Ursache der Infektion gewesen, hat vielmehr nur die Eingangspforte für das wohl durch eine luetische Wöchnerin übertragene Virus gebildet. In diagnostischer Hinsicht ist die Induration der Initialwunde und die langsame Tendenz zur Heilung verwendbar, um so mehr, als bekanntlich bei der Vielgestaltigkeit des extragenitalen Primäraffektes sogar Induration fehlen kann. Auch für die Erhärtung der extragenitalen Sklerose ist die Angabe bemerkenswert, daß noch nach einem Jahre an Stelle des Primäraffektes ein Hautinfiltrat wahrnehmbar war. Kommen wir somit zu der Feststellung, daß ein extragenital erworbener Primäraffekt in unserer Beobachtung vorhanden war, so ist die weitere Frage, ob unser Fall der Syphilis maligna anzugliedern ist, wohl auch in positivem Sinne zu entscheiden. Zwar handelte es sich nicht um die eigentliche Form der Syphilis maligna — auf deren Gruppen: Syphilis gallopante, Syphilis maligna präcox, Syphilis gravis usw. hier nicht näher eingegangen werden kann — für die, wenn wir unter anderem Lochte[1]) folgen wollen, das frühzeitige Auftreten zahlreicher, über den ganzen Körper verbreiteter Ulzerationen, die dadurch bedingte schnelle Abmagerung, der oft gleichzeitige Eintritt hohen Fiebers, die Wirkungslosigkeit der Quecksilbertherapie charakteristisch sind. Unserer Beobachtung liegt vielmehr eine Syphilis maligna tertiaria (Haslund)[2]) zugrunde, bei der, abgesehen von einer fast zwei Jahre nach

stattgefundener Infektion auftretenden Rupia, die doch wohl schon die Intensität des syphilitischen Prozesses veranschaulichte, die schweren Zerstörungen erst relativ spät auftraten, und die mit der eigentlichen im Sekundärstadium auftretenden malignen Syphilis nur das Versagen des Hydrargyrums gemeinsam hat.

Unsere Beobachtung ist nun, wie bereits im Eingang unserer Arbeit hervorgehoben wurde, insofern von besonderem Interesse, da sie von neuem einen Beleg für die früher häufig vertretene Anschauung bildet, daß der Verlauf der extragenitalen Syphilis sich oft zu einem bösartigen gestaltet. Die Auffassungen einiger Autoren sollen hier angeführt werden. So glaubt Eichhorst[6]), daß extragenitale Infektionen „sich vielleicht auch wegen der Besonderheiten des Infektionsmodus durch hervorragend schwere Erscheinungen verraten". Nach Krefting[7]) scheint „ein verhältnismäßig großer Teil der beobachteten extragenital infizierten Fälle schwere Formen mit starken Exanthem-Ausbrüchen und Iriten gezeigt zu haben", auch will er bei den extragenital Infizierten einen bedeutend längeren Hospitalaufenthalt wahrgenommen haben. Kohn[8]) gibt zu, daß nach den wenigen Fällen, die er zu beobachten Gelegenheit hatte, „ebenfalls einige sich durch schwere Erscheinungen auszeichneten". Für den schweren Verlauf der extragenitalen Syphilis sind auch einige allerdings nicht akzeptable Erklärungsversuche herangezogen worden. van Dugteren und van Walsem[9]) glaubten, von der Annahme ausgehend, daß die Syphilis bei solchen Personen — durch Erwerbung einer gewissen Immunität — gutartigere Erscheinungen hervorrufe, deren Vorfahren mit Syphilis bereits behaftet waren, den leichteren Ausfall der Syphiliserscheinungen bei genital Infizierten im Gegensatz zu den extragenital Erkrankten auf eine im Laufe der Zeit erworbene örtlich größere Immunität gegen das syphilitische Virus zurückführen zu sollen. Petrini[10]) glaubte für den schwereren Verlauf

der Syphilis nach Primäraffekten der oberen Körperhälfte den größeren Reichtum an Lymphgefäßen und den damit bedingten stärkeren Einbruch des Syphilisgiftes verantwortlich machen zu können. Wohl haben manche Syphilidologen diesen Standpunkt abgelehnt — ich erwähne nur Hutchinson[11]) und Haslund[5]) — ein Umschwung in dieser Auffassung trat aber erst durch Fournier[12]) ein, der an seinem außerordentlich umfangreichen Material den Nachweis zu führen vermochte, daß der Prozentsatz der ungünstig verlaufenen Syphilisfälle nach ihrer genitalen oder extragenitalen Ätiologie geordnet — durchaus kein Überwiegen der extragenitalen Fälle aufwies. Unter dem Eindruck der Fournierschen Statistik hat z. B. Münchheimer[13]), der das reichhaltige Material der Breslauer Klinik benützte, ohne selbst an den Fällen der Klinik eine Nachprüfung anzustellen, was wahrscheinlich zumeist auch nicht möglich war, die These aufgestellt, „daß die Prognose der extragenitalen Syphilisinfektion nicht schlechter sei als die der genitalen".

Ein ähnliches Ergebnis wie Fournier hat auch Zarubin[14]) erhalten, der, wenn auch nicht alle Fälle, doch einen großen Teil der von ihm beobachteten extragenitalen Sklerosen Jahre hinaus verfolgen konnte. Daß bei den Statistiken Zufälligkeiten nicht auszuschalten sind, beweisen u. a. zwei Veröffentlichungen über die Fingersklerosen und deren Verlauf bei Ärzten. Während Blaschko[15]) unter seinen diesbezüglichen zwölf Fällen zufälligerweise keine schweren Krankheitsformen gesehen hat und die noch hier und da in den Lehrbüchern sich vorfindende Behauptung von besonders schwerem Verlauf der extragenitalen Infektion als „vom theoretischen Standpunkte ganz widersinnig" bezeichnet, konnte Brandis[16]), obwohl nach seinen Erfahrungen der größte Teil der von ihm in seiner Praxis beobachteten luetischen Fingerinfektionen an Ärzten einen leichten oder mittelschweren Ablauf genommen hatte, doch

zehn Fälle zum Gegenstand eines Vortrages über „Syphilis gravis“ bei Ärzten machen. Herr Oberarzt Dr. Neuberger-Nürnberg ermächtigte mich zu der Mitteilung, daß zufälligerweise die drei Fingersklerosen — es handelte sich hier allerdings nicht um Ärzte — die er im Verlauf des letzten Jahres zu behandeln Gelegenheit hatte, sämtlich mehr oder minder schwere Erscheinungen — hartnäckige Rezidive, Rupiaformen etc. — aufwiesen. Auch in der erst vor kurzem erschienenen Veröffentlichung von Ledermann[17]) werden drei Fälle von Fingersklerosen bei Hebammen besprochen, deren eine einen sehr schweren Verlauf nahm, indem Rückfall auf Rückfall eintrat und die Patientin lange Zeit ihrem Berufe fernbleiben mußte. Vergegenwärtigen wir uns, daß in der enorm ausgedehnten einschlägigen Literatur wohl eine Unzahl von extragenitalen Sklerosen in ihrem Beginn veröffentlicht, über ihren späteren Verlauf aber Unkenntnis obwaltet, so dürfte der Zarubin[14])sche Ausspruch, „es möchte kein einziger Fall von extragenitaler Syphilis der Publikation entgehen“, dahin zu erweitern sein, daß, soweit irgend möglich, auch über den Verlauf der extragenitalen Syphilisfälle Beobachtungen anzustellen und Veröffentlichungen vorzunehmen seien. Ohne aus unserem vorliegenden Falle Schlüsse ziehen zu wollen und ohne dadurch die Deduktionen von Fournier[12]) und Zarubin[14]) herabsetzen zu wollen, dürften doch noch weitere über Jahre hinaus fortgesetze Zusammenstellungen notwendig sein, um ein absolut einwandfreies und sicheres Urteil über den Verlauf der extragenitalen Syphilis zu ermöglichen.

Hierbei muß auch berücksichtigt werden, daß Fournier[18]) selbst speziell bei Primäraffekten an der Hand unter 49 Fällen 14mal einen schweren Verlauf wahrgenommen hat. Nicht der extragenitale Sitz bedingt aber nach Fournier[18]) die Bösartigkeit des Verlaufes, sondern der Umstand, daß der Primäraffekt an der Hand oft für ein Panaritium gehalten

und nicht diagnostiziert wird, daß infolge dessen die antiluetische Behandlung sehr spät einsetzt, und daß speziell bei Ärzten noch Depressionszustände infolge des Bewußtseins der erworbenen Erkrankung oder auch mangelhafte Behandlung infolge aufreibender Berufstätigkeit ungünstig einwirken. Diese Ansicht Fourniers hat in der einschlägigen Literatur — ich verweise auf Scheuer pag. 136 und 137 — weitgehendste Zustimmung gefunden. Bei unserem Fall sind diese Faktoren nicht anwendbar. Unsere Patientin hat sich der gewissenhaftesten Behandlung jahrelang unterzogen, auch ist der Primäraffekt nicht verkannt worden. Suchen wir daher in unserem Falle nach der Möglichkeit einer Ursache für den malignen Verlauf, so dürfte — kritisch betrachtet — die bei der Patientin nach Beginn der schweren Erscheinungen eingeschlagene Therapie eine Berücksichtigung verdienen. Unsere heutigen Kenntnisse über die Therapie der malignen Syphilis sind wesentlich erweitert und umgestaltet worden. Wir wissen, daß — z. B. entgegen der früheren Anschauung von der Schädlichkeit der Hg-Therapie bei Lues maligna — zumeist bei letzterer Quecksilber in hohen Dosen und in der richtigen Form angewandt werden muß.

Herxheimer und Kohn[19]) haben über günstige Erfahrungen mit Hg-Salizyl-Injektionen bei Lues maligna berichtet, aber als souveränes Mittel hat zweifelsohne das Kalomel zu gelten. Der Ausspruch von Rost[20]): „Wir können auf Grund unserer Erfahrungen die Anwendung des Kalomel in allen Fällen von maligner Lues, besonders auch bei ganz verzweifelt erscheinenden, nicht dringend genug empfehlen", findet in der Literatur wohl allgemeine Bestätigung. Ich verweise bezüglich der Wirksamkeit des Kalomel auch auf die Darlegungen von Harttung und Foerster[21]), welch letzterer anführt, daß er sich bei Tabes „von dem geringen oder gänzlich mangelnden Nutzen selbst forcierter Schmier-

kuren“ oft überzeugt hat, vom Kalomel hingegen ausgezeichnete Erfolge sah. Es unterliegt keinem Zweifel, daß, ebenso wie der Grad der Toleranz des Hg (mehrfache diesbezügliche Belege finden sich bei Neuhaus)[22], die Wirksamkeit der verschiedenen Hg-Mittel eine durchaus verschiedene ist. In unserem Falle haben in den ersten Jahren nach der Infektion die Hg-Einreibungen gute Erfolge gezeitigt, beim späteren Versagen der Inuktionen wäre meines Erachtens ein Versuch mit Kalomel am Platze gewesen. Es sollte daher bei einer bösartig verlaufenden Syphilis — diesen Schluß möchte ich aus unserer Beobachtung ziehen — wenn irgend möglich das gesamte Rüstzeug der Syphilis-Therapie in Anwendung gebracht werden.

Zum Schlusse gestatte ich mir, meinem früheren Chef Herrn Oberarzt Dr. Neuberger-Nürnberg für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit und gütige Unterstützung bei derselben, Herrn Professor Dr. Jamin-Erlangen für die Übernahme des Referates der Arbeit, sowie allen meinen früheren Herren Professoren meinen aufrichtigsten Dank an dieser Stelle auszusprechen.

Blank, Otto, geboren 2. März 1881 zu Unterdeufstetten (Württemberg) als Sohn des verstorbenen Ökonomen August Blank und Ursula, geborene Nagler, besuchte heimatliche Volksschule, humanistisches Gymnasium Ellwangen und Eichstätt, dortselbst 1901 Reifezengnis, studierte zwei Semester in Eichstätt Philosophie, ein Semester in Tübingen Theologie, zwei Semester in Tübingen, sechs Semester in München und vier Semester in Erlangen Medizin. Ärztliche Vorprüfung November 1908 in München. Ärztliche Prüfung 22. Dezember 1909 in Erlangen. Als Praktikant drei Monate am städtischen Krankenhaus Nürnberg, vier Monate am Diakonissenhaus Freiburg i. Br., fünf Monate am St. Vincenzhospital Duisburg tätig. Approbation 4. Januar 1911. Ein Halbjahr (Sommersemester 1904) als Einjährig-Freiwilliger beim kgl. bayer. Infanterie-Leibregiment gedient.

Literatur.

1. Epstein, cfr. Ledermann, Die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für den Beruf der Hebammen. Allg. d. Hebammen-Zeitung 1903 Nr. 8.
2. Neuberger, Über extragenitale Syphilisinfektion. Münchener Med. Wochenschr. 1901 Nr. 18.
3. Schindler, Die venerische Ansteckung der Hebammen im Berufe. 1905.
4. Lochte, Untersuchungen über Syphilis maligna und Syphilis gravis. Monatshefte für prakt. Dermat. Band 32 1901.
5. Haslund, Syphilis maligna. Archiv für Dermat. und Syphilis Band 38 1897.
6. Eichhorst, Handbuch der spec. Path. und Therap. IV. 1895.
7. Krefting, Extragenitale Syphilisinfektion. Archiv für Dermat. und Syphilis Band 26 1894.
8. Kohn, Beitrag zur Kasuistik der extragenitalen Sklerosen. Inaugural-Dissertation Straßburg 1891.
9. van Dugteren und van Walsem, Referat. Archiv für Dermat. und Syphilis 1889 pag. 841.
10. Petrini, zitiert bei Scheuer.
11. Hutchinson, Syphilis. Ausgabe von A. Kollmann 1888.
12. Fournier, Prognostics de la Syphilis issue de chancres extragénitaux cfr. Münchheimer pag. 214.
13. Münchheimer, Über extragenitale Syphilisinfektion. Archiv für Dermat. und Syphilis Band 40 1897.
14. Zarubin, Über extragenitale Syphilisinfektion. Archiv für Dermat. und Syphilis. Festschrift Neißer II. Teil 1907.
15. Blaschko, Syphilis als Berufskrankheit der Ärzte. Berliner med. Wochenschr. 1904 Nr. 52.
16. Brandis, Über Syphilis gravis bei Ärzten. Deutsche med. Wochenschr. 1898 Nr. 21.
17. Ledermann, Kasuistische Mitteilungen über extragenitale und familiäre Syphilis. Archiv für Dermat. und Syphilis Band 100 1910.
18. Fournier, Chancres syphilitiques de la main et des doigts. cfr. Scheuer pag. 136.
19. Herxheimer und Cohn, Über Lues maligna etc. 9. Kongreß der Deutschen dermat. Ges. 1906/07.
20. Rost, Über Syphilis maligna. Dermat. Zeitschrift Band XV 1908.
21. Harttung und Foerster, Erfahrungen über die Behandlung von Störungen des Nervensystems auf syphilitischer Grundlage. Archiv für Dermat. und Syphilis Band 86 1907.
22. Neuhaus, Syphilidologische Beiträge. Festschrift Neumann 1900.